

身体障害者手帳交付申請書

| | | | | | | | | | |
|---|---|----------|--|----------------|--|----------------|--|------|--|
| 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 居住地 | | | | | | | | | |
| ふりがな 氏 名 | | | | | | | | | |
| 男 女 年 月 日 生 | | | | | | | | | |
| 続 柄 | | | | | | | | | |
| 個人番号 連 絡 先 | | | | | | | | | |
| <table border="1"><tr><td colspan="2">15歳未満の児童</td></tr><tr><td colspan="2" style="text-align: center;">ふ り が な 氏 名</td></tr><tr><td colspan="2" style="text-align: right;">男 女 年 月 日 生</td></tr><tr><td colspan="2" style="text-align: center;">個人番号</td></tr></table> | | 15歳未満の児童 | | ふ り が な 氏 名 | | 男 女 年 月 日 生 | | 個人番号 | |
| 15歳未満の児童 | | | | | | | | | |
| ふ り が な 氏 名 | | | | | | | | | |
| 男 女 年 月 日 生 | | | | | | | | | |
| 個人番号 | | | | | | | | | |
| 佐賀県知事 様 | | | | | | | | | |
| 身体障害者福祉法第15条の規定により身体障害者手帳を交付願いたく、関係書類を添えて申請いたします。 | | | | | | | | | |
| 希望する手帳の形態 (どちらか一方のみ) | <input type="checkbox"/> 紙型 <input type="checkbox"/> カード型 | | | | | | | | |

注 1 身体に障害のある15歳未満の児童については、保護者が代わって申請することになっている。この場合には、児童の氏名及び生年月日を□欄に記入することとし、保護者の個人番号は記入する必要がないこと。

この様式に記載された個人情報、身体障害者手帳の交付に係る事務の目的を達成するためにのみ使用し、法令等に定めがある場合を除き、ご本人の承諾なしに第三者に提供することはありません。